**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**

 **w Elblągu**

**ul. Morcinka 10B**

**82-300 Elbląg**

**WNIOSEK**

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016 poz. 1146, z późn.zm.) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2019, poz. 1628) wnoszę o zaopiniowanie sposobu podziału dodatkowych środków przekazanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki/położne realizujące świadczenia w:

1. ………………………………………………………………………………………………

  *(Nazwa, adres podmiotu /pieczątka)*

1. Rodzaj świadczenia zdrowotnego oraz numer umowy z NFZ **\*/**

…………………………………………………………………………………………………
\*/Uwaga – pole obowiązkowe do wypełnienia, proszę dla każdej umowy złożyć odrębny wniosek.

**Oświadczam, że:**W podmiocie zastosowane zostaną następujące kryteria przyznania dodatkowych środków dla pielęgniarek/położnych :

* dodatek do wynagrodzenia lub wzrost stawki godzinowej dla umów cywilnoprawnych,
* wzrost płacy zasadniczej nie mniej niż o kwotę 1200, 00 zł i pozostała część wzrostu wynagrodzenia w formie dodatku dla umów o pracę lub stosunku służbowego,
* podział środków nastąpi w sposób równy, równoważny do etatu przeliczeniowego.

**Wykaz pielęgniarek/położnych** objętych wzrostem wynagrodzenia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Grupa zawodowa****(pielęgniarka/położna)** | **Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej** | **Forma zatrudnienia**(umowa o pracę/ umowa cywilnoprawna) | **Wymiar etatu/****równoważnik etatu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………………………….. …………………………...............

*miejscowość, data podpis/pieczątka uprawnionej osoby*

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Elblągu**  po zapoznaniu się z przedstawionym wnioskiem wydaje opinię **pozytywną/negatywną** w sprawie sposobu podziału wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

*Elbląg, dnia………………. ……... ……………………………………….*

 *podpis i pieczątka os. upoważnionej przez ORPiP w Elblągu*